




REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato alla Delib.G.R. n. 16/15 del 8.4.2026

**PIANO REGIONALE DI INDIRIZZI  
PER LA  
GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO  
IN PRONTO SOCCORSO  
E DEI FLUSSI DI RICOVERO**

---





## Sommario

|   |    |
|---|----|
| Premessa .....  | 4  |
| Analisi di contesto.....  | 5  |
| Scopo .....   | 6  |
| Cornice organizzativa della rete .....  | 7  |
| Reti clinico-organizzative .....  | 7  |
| Le Centrali Operative Territoriali (COT) .....  | 8  |
| Il ruolo della specialistica ambulatoriale .....  | 9  |
| Integrazione professionale DEA - 118 .....  | 9  |
| KPI operativi di capacità e processo (cruscotto gestionale).....                                | 10 |
| Sistema informativo per il governo dei posti letto e dei flussi .....                           | 11 |
| Indirizzi per la gestione del sovraffollamento.....   | 12 |
| 1. Area di Input: domanda non programmata e accesso ai percorsi .....                           | 12 |
| Rete territoriale e presa in carico precoce del bisogno .....                                   | 12 |
| Le Case della Comunità.....   | 13 |
| Sensibilizzazione ed empowerment dei cittadini.....   | 13 |
| Centrale Medica Integrata.....  | 14 |
| Percorsi dedicati per i casi a bassa complessità.....   | 14 |
| 2. Area di Throughput: gestione del percorso intra-ospedaliero.....                             | 14 |
| Unità di Crisi Aziendali per il Sovraffollamento (UCrAS).....                                   | 14 |
| Referente per il flusso .....   | 15 |
| Rafforzamento della Rete del Bed Management .....   | 16 |
| Assetto organizzativo per il governo dei flussi di ricovero.....                                | 16 |
| Tempi di processo e capacità di risposta ospedaliera.....                                       | 18 |
| Attuazione dei percorsi rapidi: FAST TRACK e passaggio in carico allo specialista.....          | 19 |
| Flessibilità della capacità ricettiva ospedaliera .....   | 20 |
| Holding Polispecialistiche .....  | 21 |
| Recupero della capacità ricettiva ospedaliera.....  | 22 |
| Regolazione dei ricoveri urgenti chirurgici e ortopedici per la decongestione dei reparti ..... | 22 |
| 3. Area di Output: transizione di setting, dimissioni e continuità assistenziale .....          | 23 |
| Misure a sostegno delle domiciliarietà .....  | 23 |
| PASS e governo precoce delle dimissioni difficili.....  | 24 |
| Ospedali di comunità e continuità post-acuzie .....   | 25 |
| Coinvolgimento delle strutture private accreditate .....  | 26 |
| Disponibilità programmata dei posti letto nel privato accreditato .....                         | 28 |
| Criteri di eleggibilità dei pazienti.....   | 28 |



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA**  
**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

|   |    |
|---|----|
| Criteri di ineleggibilità dei pazienti .....  | 29 |
| Protocollo di Trasferimento .....   | 29 |
| ALLEGATO A .....  | 30 |
| Indicatori del Piano di gestione del sovraffollamento dei PS e dei flussi di ricovero ..... | 30 |
| A. Indicatori area Emergenza - Urgenza (PS e sovraffollamento).....                         | 30 |
| B. Indicatori area Ricovero e gestione intraospedaliera .....                               | 30 |
| C. Indicatori area Territorio e continuità assistenziale.....                               | 31 |
| D. Indicatori area Uscita, dimissioni e post-acuzie.....                                    | 31 |
| ALLEGATO B - Strutture territoriali programmate .....                                       | 33 |
| ALLEGATO C - Posti letto delle strutture private accreditate .....                          | 37 |



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Premessa

Il sovraccollamento nell'area dell'emergenza-urgenza costituisce una criticità sistemica, negli anni divenuta strutturale e in parte prevedibile, in ragione dei picchi legati alla stagionalità e a ondate epidemiche. Pur manifestandosi in modo particolarmente evidente nei Pronto Soccorso, il sovraccollamento rappresenta, infatti, l'espressione visibile di squilibri che attraversano l'intero percorso assistenziale ospedaliero e il raccordo con il territorio. Il fenomeno incide sulla sicurezza delle cure, sull'appropriatezza e sulla tempestività degli interventi, sul benessere degli operatori e sulla capacità complessiva del Servizio sanitario di rispondere alla domanda urgente e non programmata. Il sovraccollamento del Pronto Soccorso non rappresenta, tuttavia, un fenomeno circoscritto all'area dell'emergenza-urgenza. Il sovraccollamento che si manifesta nel Pronto Soccorso rappresenta, nella maggior parte dei casi, la forma più visibile di squilibri che interessano la complessiva capacità del sistema ospedaliero di assorbire la domanda urgente, governare i ricoveri, assicurare fluidità ai percorsi intraospedalieri e sostenere dimissioni tempestive e appropriate. In questa prospettiva, il Pronto Soccorso costituisce il punto di accesso e di osservazione privilegiato del fenomeno, ma non ne esaurisce la genesi né le modalità di governo, che coinvolgono l'intero percorso del paziente nella rete per acuti e il raccordo con il territorio

Ne consegue che la risposta al fenomeno non può essere limitata alla sola area dell'emergenza-urgenza, ma deve fondarsi su un governo unitario dei flussi di ricovero, degenza e dimissione, sostenuto da responsabilità organizzative definite, strumenti di coordinamento stabili e modalità uniformi di monitoraggio e di attivazione delle misure correttive. La sua gestione richiede una risposta unitaria dell'intera organizzazione ospedaliera e territoriale, fondata su responsabilità chiare, governo centrale dei flussi e uso consapevole delle risorse disponibili.

In questa prospettiva, il Pronto Soccorso deve essere considerato come il nodo di accesso e il punto di osservazione più immediato di una difficoltà che interessa la complessiva capacità della rete per acuti di assorbire i ricoveri urgenti, governare i tempi del percorso intraospedaliero e assicurare dimissioni tempestive e appropriate.

La mission del Pronto Soccorso, secondo l'Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2019 è di "garantire risposte e interventi tempestivi, adeguati e ottimali, ai pazienti giunti in ospedale in modo non programmato, affrontando le situazioni di emergenza e urgenza clinica e assistenziali attuando tutti i provvedimenti immediati salva vita".

Il sovraccollamento (*overcrowding*) del PS, come delineato nelle linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraccollamento in pronto soccorso del Ministero della Salute, si determina direttamente dalla sproporzione tra la domanda sanitaria, costituita dal numero di pazienti in attesa e in carico, e le risorse disponibili, compromettendo la capacità di risposta e la qualità del servizio erogato. Tale fenomeno, diffuso su scala nazionale, con un progressivo aggravamento negli ultimi anni, si configura come fenomeno multifattoriale, analizzabile attraverso tre direttrici fondamentali del flusso assistenziale:

1. Input: incremento degli accessi dei pazienti al Pronto Soccorso correlato all'invecchiamento della popolazione, alla maggiore complessità clinica legata alle patologie croniche, all'introduzione di nuove tecnologie diagnostico-terapeutiche, nonché alla debolezza della rete territoriale, che riduce la capacità del sistema di intercettare precocemente i bisogni di salute e di offrire risposte alternative appropriate all'ospedale.;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

2. Throughput: rallentamento dei percorsi interni al Pronto Soccorso, in particolare dovuti alle prestazioni diagnostiche e alle consulenze specialistiche;
3. Output: difficoltà nel trasferimento dei pazienti verso i reparti di degenza, a causa della carenza di posti letto, prolungamento delle degenze per inefficienze dei servizi diagnostici intraospedalieri e criticità nelle dimissioni, soprattutto per pazienti fragili.

Assumendo una lettura estesa alla rete ospedaliera, l'input coincide con l'accesso alla rete ospedaliera, vale a dire con l'insieme dei fattori che incidono sull'ingresso dei pazienti nel sistema dei presidi ospedalieri, sulla distribuzione della domanda tra i diversi nodi della rete e sulla capacità del territorio di intercettare precocemente bisogni assistenziali che potrebbero trovare risposte appropriate in setting alternativi all'ospedale.

Il throughput diventa la gestione interna della capacità e dei ricoveri, comprendendo la disponibilità dei posti letto, il coordinamento dei flussi intraospedalieri, i tempi di processo, l'organizzazione dei percorsi clinici, il bed management e, più in generale, tutte le condizioni che determinano la fluidità o, al contrario, la congestione del percorso ospedaliero.

L'output, infine, attiene alla dimissione, al trasferimento e alla continuità assistenziale, e riguarda quindi la possibilità di accompagnare tempestivamente il paziente verso il domicilio, i setting intermedi, il post-acuzie, le strutture territoriali e gli altri nodi della rete sociosanitaria, evitando che la permanenza in ospedale si prolunghi oltre il necessario per ragioni non cliniche.

Alla luce di tale impostazione, il Piano articola i propri indirizzi organizzativi secondo tre ambiti corrispondenti ai fenomeni di accesso alla rete ospedaliera, gestione interna della capacità e dei ricoveri, e dimissione con continuità assistenziale, ferma restando la necessità di assicurare un governo unitario del sistema e l'attivazione di misure straordinarie nei casi di criticità conclamata.

## Analisi di contesto

Nella Regione Sardegna, specie negli ultimi anni, il sovraffollamento è divenuto un problema strutturale e persistente. Tra le maggiori criticità che hanno determinato un aumento sensibile nel grado di percezione del fenomeno, vi è stata una significativa riduzione dei posti letto nel Sud Sardegna, distribuiti nei presidi ospedalieri del P.O. Marino e P.O. Binaghi della sola area di Cagliari.

La carenza fisiologica di personale, legata all'impoverimento degli organici medici e del comparto, inoltre, continua a rappresentare un elemento di criticità persistente che soluzioni temporanee come quella del ricorso a servizi esterni per la gestione dei codici minori e maggiori nei PS o incentivi come le prestazioni aggiuntive non sono riusciti a superare. A ciò si aggiunge una progressiva riduzione del numero di medici di medicina generale il ridimensionamento della specialistica territoriale e lo sviluppo non ancora completo dei servizi previsti dal DM 77/2022. hanno ridotto la capacità del sistema di intercettare precocemente i bisogni di salute e di garantire alternative appropriate all'ospedale.

In questo modo una quota rilevante di domanda assistenziale continua a riversarsi sul Pronto Soccorso e, successivamente, sui reparti di degenza, accentuando la pressione sui flussi di ricovero e sulle dimissioni.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Nel contesto regionale, il fenomeno emergente riguarda in modo particolare l'area internistica. È in questa area che oggi si concentra una quota rilevante del *boarding* ospedaliero: i pazienti in attesa di collocazione dal Pronto Soccorso tendono a gravare soprattutto sui reparti medici, che assorbono la parte più consistente della casistica urgente a maggiore fragilità clinica e assistenziale.

Diversa, ma altrettanto rilevante, è la criticità dell'ortopedia, che in Sardegna assume prevalentemente le caratteristiche di un problema di rete. La concentrazione della traumatologia complessa negli hub, unita alla riduzione dei posti letto e alla non omogenea distribuzione della casistica ortopedica urgente fra i diversi presidi, determina squilibri nella capacità di risposta e utilizzo non ottimale delle strutture. In assenza di un'effettiva rete ortopedica hub-spoke, il rischio è che anche i casi a minore complessità continuino a gravare sui principali centri di riferimento, sottraendo spazi e risorse alle funzioni di maggiore specializzazione.

Non meno rilevante il fatto che l'Azienda Regionale dell'Emergenza e Urgenza della Sardegna (AREUS), che gestisce nel territorio della Regione, il soccorso sanitario di emergenza-urgenza territoriale, è costituita, per la maggior parte, da un numero di equipaggi di base di soccorritori laici "volontari" nettamente più alto che in qualunque altra regione, in rapporto alle INDIA, ambulanze con equipaggio fornito di infermieri, o alle MIKE, ambulanze con equipaggio dotato di personale medico.

La progressiva fuoriuscita di medici dai Pronto Soccorso e la particolare composizione del sistema regionale dell'emergenza territoriale, nel quale prevalgono gli equipaggi di base rispetto ai mezzi con presenza infermieristica o medica, configurano una criticità che rende opportuna l'adozione di forme organizzative volte a restituire attrattività al sistema.

## Scopo

Il Coordinamento regionale, istituito con Decreto n. 1 del 23.01.2026, assicura la definizione degli standard informativi per la rilevazione omogenea dei dati e per la reportistica regionale; nell'ambito di tali standard definisce il glossario KPI, il tracciato record del cruscotto e le responsabilità di data ownership, garantendo la produzione e condivisione della reportistica periodica con le Aziende.

Il presente Piano regionale definisce gli indirizzi organizzativi e operativi volti a prevenire e contrastare il sovraccollamento nei Pronto Soccorso e nelle strutture di degenza, attraverso il governo unitario dei flussi di accesso, ricovero, permanenza e dimissione nell'ambito della rete ospedaliera regionale, in integrazione con i servizi territoriali e con gli altri setting assistenziali. Il Piano assume, pertanto, come oggetto non il solo funzionamento del Pronto Soccorso, ma l'intero percorso del paziente nel sistema ospedaliero, considerando il Pronto Soccorso quale nodo di accesso e di osservazione di un fenomeno che interessa la complessiva capacità di risposta della rete per acuti.

Il Piano è finalizzato a migliorare la capacità del sistema sanitario regionale di assorbire e governare la domanda urgente e non programmata, assicurando appropriatezza di accesso, tempestività dei ricoveri, fluidità dei percorsi intraospedalieri, continuità delle dimissioni e utilizzo efficiente della risorsa posto letto. In tale prospettiva, il contrasto al sovraccollamento viene perseguito mediante interventi che riguardano, in modo coordinato, la regolazione



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

dell'accesso alla rete ospedaliera e dell'emergenza-urgenza, il governo interno della capacità ricettiva e dei ricoveri, nonché la tempestiva transizione dei pazienti verso il domicilio, i setting territoriali, le strutture intermedie, il post-acuzie e gli altri nodi della rete assistenziale.

Costituisce obiettivo del Piano garantire una gestione omogenea e integrata dei flussi nell'intero territorio regionale, secondo regole condivise di indirizzamento, presa in carico, trasferimento, ricovero e dimissione, fondate su responsabilità organizzative definite, strumenti di coordinamento stabili, utilizzo uniforme dei sistemi informativi e monitoraggio costante degli indicatori di processo e di esito. In questo quadro, il Piano promuove il rafforzamento della rete del bed management, la strutturazione dei meccanismi di coordinamento operativo tra Pronto Soccorso, reparti, direzioni di presidio, servizi diagnostici, servizi territoriali e soggetti accreditati, nonché l'adozione di misure ordinarie e straordinarie proporzionate ai livelli di criticità rilevati.

Il Piano persegue inoltre la finalità di ridurre i tempi di permanenza impropria in Pronto Soccorso e nei reparti, contenere il fenomeno del *boarding*, migliorare il turnover dei posti letto, sostenere le dimissioni protette e prevenire la saturazione strutturale delle aree mediche, chirurgiche e post-operatorie. A tal fine, gli indirizzi regionali sono orientati non solo al riequilibrio dei carichi assistenziali all'interno degli ospedali, ma anche allo sviluppo di percorsi integrati con il territorio capaci di intercettare precocemente il bisogno, offrire risposte alternative all'ospedalizzazione e garantire continuità assistenziale dopo la fase acuta.

Le presenti disposizioni costituiscono riferimento per la predisposizione dei Piani aziendali di gestione del sovraffollamento e dei flussi di ricovero, che dovranno tradurre gli indirizzi regionali in modelli organizzativi, procedure operative, criteri di attivazione delle misure di risposta, assetti di responsabilità e sistemi di monitoraggio coerenti con le caratteristiche dei singoli contesti aziendali, nel rispetto di standard informativi e indicatori uniformi a livello regionale. In tal modo, il Piano intende concorrere al miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure, della continuità dei percorsi assistenziali e della capacità complessiva del Servizio sanitario regionale di rispondere in modo tempestivo, appropriato e sostenibile ai bisogni urgenti e complessi della popolazione.

## Cornice organizzativa della rete

### Reti clinico-organizzative

Il superamento strutturale del sovraffollamento non può essere affidato a misure episodiche o esclusivamente locali, ma richiede soluzioni di sistema in grado di uniformare processi, criteri decisionali e modalità operative lungo l'intera filiera di cura, dal territorio all'ospedale e tra gli ospedali. In quest'ottica, l'azione più efficace consiste nel rendere "di rete" il governo dei percorsi, definendo regole omogenee di indirizzamento, presa in carico, trasferimento e dimissione, misurabili tramite indicatori condivisi.

In tale quadro, la Regione individua come opzione strategica lo sviluppo e il rafforzamento di reti clinico-organizzative che garantiscano standard di funzionamento omogenei su tutto il territorio regionale, assicurando continuità operativa e coerenza tra programmazione, operatività ospedaliera e integrazione con il territorio.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Tra queste rivestono particolare rilievo le reti tempo-dipendenti, fondate su una logica Hub & Spoke tra i presidi ospedalieri e orientate a obiettivi di esito strettamente connessi alla tempestività delle prestazioni, nelle patologie o negli eventi acuti per i quali la finestra temporale di intervento incide in modo diretto sulla prognosi e sugli esiti. La rete definisce criteri di centralizzazione e decentralizzazione tra strutture, percorsi di accesso e trasferimento, e standard temporali di riferimento, con un impianto di governance e monitoraggio centrato su indicatori di processo ed esito per evento e per nodo di rete. A tal fine, risulta necessario sviluppare specifici piani regionali volti, da un lato, a definire criteri e modalità di centralizzazione e decentralizzazione dei pazienti all'interno delle reti cliniche e, dall'altro, a garantire, per le reti tempo-dipendenti, coerenza metodologica, integrazione con la rete dell'emergenza-urgenza e uniforme applicazione, sull'intero territorio regionale, delle relative linee di indirizzo

Per supportare i coordinamenti tecnici ai quali sarà affidato il compito di realizzare e implementare le reti per le diverse patologie tempo dipendenti sarà coinvolto il Comitato sanitario regionale per l'emergenza-urgenza sanitaria, del quale fanno parte i Direttori dei Dipartimenti DEA dei due Hub, i Direttori dei Pronto Soccorso dei due Hub, i Direttori di due Pronto Soccorso Spoke e i Direttori delle due Centrali Operative Territoriali 118.

Diversamente, ma non meno importante, la rete di gestione del flusso dei setting di area medica è una rete di governo del percorso dei pazienti complessi e pluripatologici, orientata a realizzare una gradazione per intensità di cure e una regia dei passaggi di setting lungo l'intero percorso assistenziale: intra-ospedalieri, inter-ospedalieri e verso i setting intermedi e territoriali. La rete ha una missione organizzativa esplicita: assicurare continuità e appropriatezza del percorso dei pazienti complessi dell'area medica, facilitando la gestione delle dimissioni difficili, le fragilità sociosanitarie e riducendo *boarding* e cronica saturazione dei posti letto, attraverso standard di processo, utilizzo coerente dei setting disponibili e integrazione ospedale-territorio. In tale contesto, la rete opera sia come governance del flusso (criteri uniformi di instradamento e transizione tra setting) sia come rete di competenze specialistiche dell'area medica, orientata a identificare il setting più appropriato in relazione alla condizione clinica e al bisogno prevalente, definendo modalità standard di presa in carico (tempi, tipologia di interventi, intensità assistenziale e setting idoneo allo scopo). La rete si integra funzionalmente con il Bed Management, quale regia operativa dei posti letto e dei trasferimenti e con le strutture di continuità assistenziale (PASS/COT/PUA/UVT) per la gestione delle dimissioni e della presa in carico. Elemento essenziale del governo del flusso dell'area medica è la distinzione tra: (a) pazienti clinicamente dimissibili che permangono in degenza per motivi non clinici e (b) pazienti clinicamente trasferibili a un altro setting ospedaliero o intermedio che restano in attesa di collocamento. Tale distinzione consente di orientare interventi diversi: nel primo caso la priorità è la rimozione degli ostacoli non clinici tramite continuità assistenziale e servizi territoriali; nel secondo caso è la disponibilità e l'attivazione tempestiva del setting di destinazione, intra o extra-ospedaliero.

## Le Centrali Operative Territoriali (COT)

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge la funzione di coordinamento della presa in carico della persona, che diventa in tal modo integrata e coordinata, e di raccordo tra servizi e professionisti



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

coinvolti nei diversi setting assistenziali, quali attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza urgenza.

La COT ha la funzione di supportare il sistema nella gestione del paziente fragile, compresi il paziente non autosufficiente e con disabilità gravissima, in dimissione protetta o che transita nel territorio da un setting assistenziale ad un altro. Il bisogno di natura clinico-assistenziale deve essere pianificabile e non a carattere emergenziale. In particolare svolge sia funzione di coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali, tracciando e monitorando le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro, sia funzione di raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

## Il ruolo della specialistica ambulatoriale

L'integrazione tra ospedale e territorio si realizza anche attraverso la specialistica ambulatoriale, che deve essere riorganizzata e resa funzionale secondo un'ottica di unitarietà e di continuità ospedale-territorio, sperimentando formule di coordinamento unitario. Molto utili, possono essere gli ambulatori dedicati, organizzati per patologia (ad esempio ambulatorio scompenso cardiaco, ambulatorio diabete, ecc.), raccordati tra ospedale e territorio sulla base di un disegno a rete di tipo Hub & Spoke. Tale modello è caratterizzato dalla gestione dei casi, in ragione della loro maggiore o minore complessità, in centri con diversi gradi di specializzazione, collegati tra loro funzionalmente. La differenziazione tra Hub & Spoke va valutata non soltanto sulle competenze e sull'esperienza dei professionisti ma anche, e principalmente, sulle potenzialità complessive, strutturali, tecnologiche e professionali, della struttura.

È necessario diversificare l'offerta ambulatoriale in rapporto alle effettive potenzialità di gestione della casistica più o meno complessa:

- ambulatorio di specialistica che offra una risposta semplice ad una domanda di cure integrate per i casi con minore complessità clinica;
- ambulatorio di specialistica indirizzato prioritariamente verso un'offerta più specializzata in ragione delle potenzialità maggiori, in termini tecnologici.

Tale modello organizzativo costituisce la base per la condivisione di percorsi assistenziali integrati territorio-ospedale, ma allo stesso tempo diversificati, che siano in grado di ottimizzare i risultati e di decongestionare l'ospedale dalla casistica impropria. In tal modo il paziente potrà trovare le risposte nel territorio e, solo in caso di elevata complessità nell'ospedale, disegnando una presa in carico personalizzata.

## Integrazione professionale DEA - 118

In una prospettiva di medio-lungo termine, assume rilievo strategico il rafforzamento dell'attrattività del lavoro nell'area dell'emergenza-urgenza e, in particolare, nei Pronto Soccorso, anche attraverso misure integrate, non esclusivamente



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

di natura economica, capaci di sostenere la permanenza dei professionisti, contrastare il progressivo esodo dai servizi di emergenza e favorire la qualificazione e la stabilizzazione delle competenze, con ricadute positive sulla qualità dell'assistenza e sull'efficienza complessiva dei percorsi di cura. In tale quadro, potrà essere approfondito un modello organizzativo maggiormente integrato tra area ospedaliera e soccorso territoriale, fondato su una più stretta connessione tra DEA e sistema 118. In particolare, potrà essere valutata la possibilità di modelli nei quali il personale medico partecipi in modo programmato e rotazionale sia all'attività di emergenza-urgenza ospedaliera sia al soccorso avanzato territoriale, superando una rigida distinzione tra équipes dedicate esclusivamente ai dipartimenti di emergenza e urgenza ed équipes dedicate esclusivamente ai mezzi medicalizzati.

## KPI operativi di capacità e processo (cruscotto gestionale)

Oltre agli indicatori di esito, il Piano aziendale adotta un cruscotto di monitoraggio operativo, finalizzato a garantire la trasparenza della capacità ricettiva e a supportare decisioni tempestive di governo dei flussi. In tale ambito sono monitorati, con cadenza giornaliera e con aggregazioni settimanali, mensili e semestrali report sullo stato di implementazione, assicurando un glossario KPI unico, la data ownership e la responsabilità di aggiornamento dei dati.

Le Aziende garantiscono la produzione e la condivisione dei report periodici e l'utilizzo dei risultati per l'attivazione o la de-escalation delle misure organizzative.

In tale ambito sono monitorati:

- Numero di posti letto per reparto e indici di occupazione (distinti tra ordinari e aggiuntivi);
- Numero di pazienti in attesa di ricovero;
- Numero di pazienti in carico nel PS
- Tempo di permanenza delle ambulanze fuori dal PS
- Tasso di pazienti clinicamente dimissibili che permangono in degenza per motivi non clinici;
- Tasso di pazienti clinicamente trasferibili a un altro setting ospedaliero o intermedio che restano in attesa di collocamento (backlog di step-down);
- Numero di pazienti nelle Holding polispecialistiche;
- Dimissioni programmate per il giorno successivo
- Attivazione e funzionamento dei percorsi dedicati ai pazienti fragili e della continuità assistenziale (PASS/COT/PUA/UVT);
- Operatività delle Unità di Crisi Aziendali (UCrAS) e delle misure straordinarie attivate/de-escalate.

Ciascun presidio deve adottare tre momenti quotidiani di verifica per garantire la trasparenza della capacità ricettiva.

**Cruscotto di Lancio Aziendale (ore 08:00):** Segnalazione delle dimissioni programmate e delle criticità della notte.

**Cruscotto di Verifica Intermedia Aziendale (ore 14:00):** Aggiornamento dei posti letto resi effettivamente liberi.

**Cruscotto di Verifica Pomeridiana Aziendale (ore 17:30):** Aggiornamento per la gestione delle urgenze notturne.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Il Piano aziendale deve prevedere specifiche misure di preparedness rivolte a eventi ciclici e programmabili, trasformando il sovraffollamento da fenomeno gestito in modalità contingente a scenario atteso e governato: ciò consente di modulare preventivamente risorse e capacità ricettiva sulla base dei flussi storici (ad esempio picchi influenzali o iperafflusso turistico), attraverso la pre-attivazione di protocolli operativi dedicati, con attivazione graduata e successiva de-escalation secondo procedure e responsabilità definite.

Gli indicatori richiamati nel presente Piano sono parte integrante di un disegno organizzativo unitario finalizzato a uniformare, su tutto il territorio regionale, i criteri decisionali e le modalità operative di gestione dei flussi e della capacità ricettiva, con particolare riferimento alla riduzione del *boarding*, alla gestione delle permanenze improprie e alla transizione tempestiva verso il setting appropriato. In tale prospettiva, i KPI sono assunti come strumenti di direzione e di attivazione operativa: ciascun indicatore è funzionale a guidare decisioni organizzative e a rendere verificabile l'effettiva applicazione delle misure (escalation e de-escalation) in relazione a livelli di criticità predefiniti, secondo quanto previsto dagli indirizzi nazionali e regionali in materia di gestione del sovraffollamento.

## Sistema informativo per il governo dei posti letto e dei flussi

Per il governo e la gestione dei posti letto nei reparti ospedalieri sarà utilizzata la soluzione di Bed Management "Mondrian", acquisita da ARES Sardegna all'interno delle progettualità PNRR, che risulta attualmente in fase di dispiegamento nei presidi DEA e a seguire verrà estesa a tutti i presidi Ospedalieri regionali. La soluzione di Bed Management favorirà l'individuazione di strategie ottimali per la gestione dei posti letto nelle strutture di degenza, fornendo strumenti agevoli e integrati con il sistema informativo ospedaliero.

Offrirà una visione d'insieme sull'occupazione e la disponibilità dei posti letto, non solo per i reparti dello stesso presidio, ma anche tra ospedali presenti nel territorio aziendale e regionale. Consentirà la semplificazione della operatività quotidiana e facilita il passaggio di informazioni tra strutture diverse (anche esterne all'azienda ospedaliera/sanitaria). Inoltre, automatizzerà la raccolta e l'elaborazione dei dati relativi alla gestione dei posti letto, producendo metriche e indicatori utili ad un monitoraggio attivo e costante dei reparti. Il cruscotto centralizzato include: *boarding*, pazienti clinicamente dimissibili, letti bloccati, holding, posti letto aggiuntivi, log di attivazioni e report automatizzati. Nell'allegato A sono riportati gli indicatori specifici riferiti agli ambiti del percorso.

Nelle more della piena attivazione del sistema Mondrian, i reparti hanno l'obbligo di configurare e aggiornare costantemente il sistema ADT SISaR, già in uso, rendendo visibile in tempo reale la disponibilità dei letti, i letti bloccati e i pazienti in *boarding*.

Poiché una quota rilevante delle criticità di sovraffollamento dipende dai fattori di uscita e dalla difficoltà di collocare tempestivamente i pazienti verso il setting appropriato, il sistema deve evolvere da strumento di sola visibilità dei posti letto a piattaforma di governo integrato del percorso. In questa logica, l'interoperabilità tra i sistemi dei diversi livelli di setting costituisce un requisito funzionale per anticipare e tracciare l'attivazione della destinazione più appropriata (territoriali, sociosanitari e sociali), assicurando coerenza tra programmazione e operatività della rete. Tale interoperabilità costituisce un presupposto operativo delle misure previste nell'Area di Output (transizione di setting,



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

dimissioni e continuità assistenziale), in quanto abilita l'attivazione tempestiva dei setting di destinazione e la riduzione delle permanenze improprie.

A tal fine ARES Sardegna procede, in raccordo con la Direzione Generale delle Politiche Sociali, a programmare l'interoperabilità dei sistemi informatici delle Centrali Operative Territoriali con quelli della rete sociosanitaria e sociale.

La piena "misurabilità" del cruscotto (baseline storiche omogenee, standard di riferimento, soglie/trigger, definizioni univoche, tracciati record e responsabilità di data ownership) costituisce parte integrante dell'attuazione del Piano e viene demandata ai sistemi informativi e ai soggetti responsabili della governance del dato, con l'obiettivo di trasformare progressivamente il cruscotto in uno strumento compiuto di misurazione comparabile e di audit. Nelle more del completamento, gli indicatori mantengono comunque valore prescrittivo in termini di indirizzo organizzativo e obbligo di attuazione delle misure, e la reportistica periodica (settimanale, mensile e semestrale) garantisce tracciabilità, trasparenza e controllo dell'efficacia delle azioni intraprese.

## Indirizzi per la gestione del sovraffollamento

Le soluzioni organizzative sono orientate al miglioramento dei processi che interessano i tre fondamentali momenti del percorso assistenziale ospedaliero ovvero l'ingresso nelle strutture, la gestione del ricovero e la fase di uscita con le dimissioni.

### 1. Area di Input: domanda non programmata e accesso ai percorsi

#### Rete territoriale e presa in carico precoce del bisogno

La programmazione dell'assistenza territoriale della Regione Sardegna si fonda sulla legge regionale 11 settembre 2020, n. 24 che ha ridisegnato e riorganizzato l'assetto complessivo del sistema sanitario regionale e le norme regionali di settore.

Con la deliberazione di Giunta regionale n. 9/22 del 24 marzo 2022 è stato approvato il Piano regionale dei servizi socio sanitari della Regione Sardegna 2022-2025, ai sensi dell'art. 32 della legge regionale n. 24/2020, ed è stata definita l'intera programmazione strategica dell'assistenza territoriale in funzione degli investimenti finanziati dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dai programmi di investimento cofinanziati dai fondi strutturali (FESR) e nazionali (FSC), in attuazione degli standard organizzativi del DM 77/2022.

Attraverso lo sviluppo della rete assistenziale basata sulla medicina di prossimità e sulla sanità di iniziativa, il DM 77 ha posto le basi per una significativa decongestione del pronto soccorso, promuovendo un modello di assistenza diffusa, che trasferisce parte delle cure e della gestione delle patologie a basso e medio rischio verso strutture sanitarie territoriali come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità (OdC), ovvero strutture, integrate, attraverso il



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

supporto delle Centrali Operative Territoriali con i servizi di assistenza domiciliare e con i medici di medicina generale, le quali sono destinate a prendere in carico la gestione di patologie croniche, stabilizzate o a bassa complessità, che attualmente affollano i pronto soccorso.

## Le Case della Comunità

Le Case della Comunità (CdC) rappresentano il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per i bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.

La CdC promuove interventi integrati e multidisciplinari secondo un modello di sanità di iniziativa che assicura all'individuo interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, investendo anche sulla prevenzione e sulla promozione della salute. Attraverso i modelli della sanità di iniziativa, messi in atto dalle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e dalle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), e in collaborazione con Infermieri di famiglia o Comunità, i pazienti sono contattati periodicamente, al fine di migliorare gli stili di vita, diagnosticare precocemente le patologie e monitorare la comparsa e l'evoluzione delle malattie croniche e prevenire le complicanze e ridurre o gestire il carico assistenziale, prevenire le disabilità e la perdita dell'indipendenza.

## Sensibilizzazione ed empowerment dei cittadini

L'utilizzo appropriato del Pronto Soccorso, per il quale sono state attuate diverse azioni di sensibilizzazione, con interventi sia sulla rete che sulla consapevolezza dei cittadini, permane un aspetto, ancora oggi, a complessa governabilità.

Una quota di accessi, infatti, risulta impropria e potrebbe trovare adeguata risposta presso le strutture delle cure primarie a partire dalla medicina generale e continuità assistenziale o mediante un più corretto indirizzamento verso la struttura specialistica di competenza. Sensibilizzare e favorire l'empowerment del paziente e dei caregiver rappresenta una strategia fondamentale per ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso e limitarne il sovraffollamento, trasformando il ruolo del cittadino in un protagonista attivo in grado di indirizzarsi con maggiore consapevolezza, a seconda del proprio bisogno di salute, presso la struttura più confacente alle necessità.

Dovrà essere avviata un'attività di sensibilizzazione e informazione dei pazienti sulle condizioni che richiedono realmente un accesso al PS rispetto a quelle gestibili attraverso la medicina generale, la continuità assistenziale e la medicina specialistica ambulatoriale.

Al contempo, è necessario avviare un processo educativo della popolazione sull'uso corretto delle strutture di emergenza, in relazione al bisogno di cura inderogabile, che tenga conto dell'evoluzione secondo missioni specifiche di talune strutture e del modello di assistenza territoriale previsto dal DM 77/2022 di imminente attivazione. In generale



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

le azioni di seguito definite richiedono un'azione integrata con la rete dei servizi territoriali sanitari, sociosanitari e sociali presenti a livello locale.

## Centrale Medica Integrata

Un'altra misura per ridurre il ricorso inappropriato ai sistemi di emergenza urgenza territoriale e ospedalieri è rappresentata dalla Centrale Medica Integrata (CMI). Attraverso strumenti di telemedicina, vengono rivalutate le urgenze minori (codici verdi e codici bianchi), opportunamente filtrati e selezionati dagli operatori di Centrale Operativa 118, tra le chiamate di soccorso giunte al sistema 112/118. Considerata la carenza di postazioni 118 medicalizzate, anche l'equipaggio dei mezzi di soccorso 118 potrà essere supportato dall'attività del medico di CMI in teleconsulto, che filtrerà l'invio al Pronto Soccorso e, grazie alla capacità prescrittiva su dematerializzata, potrà ridurre il tasso di inappropriatezza di invio al PS oltre che offrire una risposta di prossimità al bisogno di cure del cittadino.

## Percorsi dedicati per i casi a bassa complessità

I medici di PS devono processare i codici bianchi emettendo esclusivamente le prescrizioni di esami e consulenze necessarie.

Nei diversi ospedali e in base alle singole necessità, nelle more dell'attivazione del modello di assistenza territoriale delineato con il DM 77/2022, può essere prevista, ove possibile, l'attivazione di un ambulatorio dedicato alla gestione dei casi a bassa complessità, in prossimità del PS e, mediante convenzioni con le ASL per le aziende ospedaliere, con percorsi predefiniti gestiti dal Triage.

## **2. Area di Throughput: gestione del percorso intra-ospedaliero**

### Unità di Crisi Aziendali per il Sovraffollamento (UCrAS)

Ogni Direttore Generale (ASL - AOU - ARNAS) entro due settimane dall'approvazione del presente Piano deve provvedere all'istituzione, con delibera aziendale, della Unità di Crisi Aziendale per il Sovraffollamento (UCrAS) coordinata dalla Direzione Sanitaria Aziendale e coinvolgente un membro della Direzione di Presidio, il bed manager aziendale, il Direttore di PS, della Rianimazione, della U.O. di Medicina, di Ortopedia (se presente nel Presidio) di Chirurgia (se presente nel Presidio), delle Professioni Sanitarie, e, a livello di Azienda Territoriale, di un responsabile designato a livello distrettuale che operi in stretto raccordo con il PLUS di riferimento.

L'UCrAS ha la funzione di predisporre e mettere in atto misure straordinarie, qualora i provvedimenti organizzativi per contrastare il sovraffollamento prescritti nel presente piano non dovessero essere sufficienti, come potrebbe accadere nei periodi epidemici o in relazione ai picchi di flusso turistico in alcuni territori.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

L'attivazione dell'UCrAS deve avvenire in seguito a specifico "trigger" definito da indicatori di sovraffollamento che ciascuna azienda individuerà in base alla propria organizzazione interna ed alla capacità di adattamento all'incremento della domanda, i trigger dovranno essere condivisi a livello regionale, al fine di garantire un adeguato coordinamento.

L'UCrAS ha facoltà di attivare in tutto o in parte le misure straordinarie predisposte, ovvero di de-escalare progressivamente le stesse misure in funzione delle esigenze contingenti, fino alla risoluzione della criticità. L'UCrAS può richiedere il coinvolgimento di altre Aziende Sanitarie e di AREUS per superare la criticità, in una logica di mutua collaborazione.

Fra le misure straordinarie, le UCrAS prevedono l'attivazione tempestiva di interventi organizzativi e di rinforzo delle risorse, secondo una programmazione preventiva annuale coerente con i fabbisogni e con gli standard di accreditamento istituzionale. In particolare, sono attivabili: prestazioni aggiuntive del personale disponibile; riassegnazioni temporanee di personale; ricorso, ove necessario, a forme di reclutamento straordinario esterno mediante strumenti contrattuali previsti dalla legislazione vigente; rimodulazione selettiva delle attività programmate a bassa priorità; riconversione temporanea di aree di Day Hospital/Week Surgery; fino alla sospensione temporanea dei ricoveri programmati differibili.

Le misure sono applicate per il tempo strettamente necessario e sono soggette a verifica periodica, con de-escalation progressiva al rientro in condizioni di normalità.

L'Assessorato alla Sanità è informato senza ritardo dell'attivazione dell'UCrAS, al fine di assicurare il coordinamento istituzionale e l'attivazione di una comunicazione di emergenza unitaria verso gli stakeholder (aziende sanitarie, AREUS/118, direzioni di presidio, strutture territoriali e soggetti accreditati), nonché verso i cittadini mediante canali istituzionali, garantendo coerenza, tempestività e tracciabilità delle informazioni. Ove richiesto, l'Assessorato fornisce supporto per quanto di propria competenza.

## Referente per il flusso

Ogni Azienda nomina un Referente per la gestione del flusso dei pazienti in Pronto Soccorso, individuato tra figure con adeguata esperienza e competenza organizzativa e clinico-assistenziale; tale funzione può essere attribuita al Bed Manager aziendale o, in alternativa, a un dirigente della Direzione Medica di Presidio o a altro professionista formalmente incaricato. Tale funzione opera in sinergia con la Direzione Medica di Presidio e con il Direttore del Pronto Soccorso.

Il referente per il flusso assicura:

- la corretta attuazione delle disposizioni per il controllo del sovraffollamento e per l'eliminazione del *boarding* in PS;
- il monitoraggio dei flussi di ricovero, dei tempi di permanenza in PS e degli indicatori di sovraffollamento;
- il monitoraggio dei tempi di attivazione ed erogazione dei servizi a supporto dell'attività di pronto soccorso per attività di diagnostica e consulenze;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- la rendicontazione alla Direzione Aziendale sui temi di competenza.

## Rafforzamento della Rete del Bed Management

La rete regionale del Bed Management, definita con la Deliberazione della Giunta regionale n. 4/55 del 16.02.2023, costituisce il livello ordinario di governo della risorsa posto letto e dei flussi di ricovero. Le Aziende assicurano l'effettiva operatività di team aziendali di Bed Management, in raccordo con il Bed Manager regionale, con ARES e con AREUS, garantendo il quotidiano e tempestivo aggiornamento dello stato dei posti letto e l'utilizzo uniforme del sistema informativo regionale dedicato.

La funzione di Bed Management, in raccordo con il Pronto Soccorso, la Direzione Medica di Presidio, le Unità Operative, i PASS, le COT, i servizi territoriali e le strutture private accreditate coinvolte nei percorsi di continuità di ricovero, governa in modo integrato i ricoveri urgenti, i trasferimenti intra e interpresidio, le dimissioni e l'utilizzo della capacità ricettiva dei nodi pubblici e privati della rete.

A tal fine, i protocolli aziendali di Bed Management devono disciplinare in modo uniforme le relazioni operative con tutti gli stakeholder del percorso, assicurando coerenza tra la gestione dei flussi intraospedalieri, i cruscotti aziendali, le misure di decongestionamento e l'attivazione dei setting di completamento assistenziale.

Nell'ambito di tale sistema, l'inclusione delle strutture private accreditate avviene secondo protocolli operativi condivisi, finalizzati a rendere effettiva, programmabile e tracciabile la capacità ricettiva utilizzabile dal sistema pubblico nei limiti degli accordi e dei contratti vigenti.

## Assetto organizzativo per il governo dei flussi di ricovero

La gestione dei flussi di ricovero e delle fasi di sovraffollamento richiede una struttura operativa stabile, definita nel Piano aziendale, in grado di assicurare il coordinamento quotidiano tra Pronto Soccorso, Direzione Medica di Presidio, aree di degenza, servizi diagnostici, funzione di Bed Management, PASS, COT, servizi territoriali e, per quanto di competenza, strutture private accreditate coinvolte nella continuità di ricovero. Tale assetto organizzativo si fonda su procedure condivise per il governo dei ricoveri urgenti, dei trasferimenti intra e interpresidio e opera con continuità nell'arco dell'intera settimana, assicurando H24/7 la funzione di Bed Management e di governo dei flussi, mediante presidio operativo e reperibilità.

Il sovraffollamento non è legato esclusivamente ai volumi, ma anche ai tempi di permanenza del paziente lungo il percorso ospedaliero. In tale prospettiva, la degenza pre-operatoria rappresenta uno dei principali generatori di occupazione impropria dei letti e di riduzione della capacità ricettiva effettiva: ogni giorno di ricovero 'in attesa' sottrae posti letto, personale e risorse a scapito di attività cliniche non differibili. Le Aziende, pertanto, orientano la programmazione chirurgica alla riduzione della degenza pre-operatoria, trasformando il ricovero pre-operatorio in una prestazione programmata, attraverso la pre-ospedalizzazione ambulatoriale (esami e consulenze anticipati, valutazione anestesiologicala, ottimizzazione della terapia domiciliare, acquisizione del consenso informato), la



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

standardizzazione dei percorsi e la verifica quotidiana della coerenza tra programmazione degli interventi e capacità ricettiva.

L'efficacia dell'assetto organizzativo è verificata mediante il monitoraggio continuativo di indicatori chiave, finalizzati a misurare la capacità del sistema di assorbire la domanda urgente, garantire l'appropriatezza dei ricoveri, ridurre le permanenze improprie e migliorare il turnover della risorsa posto letto.

La struttura operativa si integra con il sistema di monitoraggio regionale e aziendale, che consente di verificare l'effettiva attuazione delle misure, l'andamento dei flussi e l'adozione tempestiva di azioni correttive.

Costituiscono indicatori prioritari dell'area Emergenza-Urgenza:

- il tempo di permanenza delle ambulanze fuori dal Pronto Soccorso, inteso come l'intervallo tra l'arrivo del mezzo presso il presidio ospedaliero e il completamento del passaggio di consegne del paziente, con conseguente disponibilità del mezzo al rientro in rete; lo standard di riferimento è individuato in un 75° percentile non superiore a 20 minuti e in una quota di permanenze superiori a 60 minuti inferiore al 10%;
- il tasso di ospedalizzazione da Pronto Soccorso, espresso come rapporto percentuale tra accessi in PS conclusi con ricovero e totale degli accessi in PS. Il monitoraggio dovrà considerare la stratificazione per codici, di gravità e di triage, e la distinzione fra DEA di I livello DEA di II livello. L'obiettivo è tendere progressivamente allo standard nazionale. L'ultima rilevazione Agenas (anno 2025 – dati 2023) segnala una media nazionale del 13,63% e un dato per la Sardegna del 16,18%.
- percentuale di ricoveri in area medica rispetto all'area critica e chirurgica. L'obiettivo è tendere allo standard nazionale;
- la degenza media dei ricoveri ordinari per acuti, calcolata come numero medio di giornate di degenza per dimissione, con obiettivo di progressiva convergenza verso il benchmark nazionale di 7,1 giorni. In Sardegna si registra uno dei valori più alti (7,7);
- la quota di pazienti che permangono in Pronto Soccorso oltre 4 ore dalla decisione di ricovero, quale indicatore di *boarding*, con valore soglia non superiore al 10% (rilevazione da implementare dalle Aziende).

Ai fini del monitoraggio della performance ospedaliera e della riduzione della saturazione strutturale, il Piano assume inoltre un set minimo aggiuntivo di indicatori derivati dal flusso SDO, orientati a misurare efficienza e appropriatezza organizzativa:

- la degenza media pre-operatoria (Italia 1,60 giorni; Sardegna 2,17 giorni),
- la quota di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico (Italia 23,15%; Sardegna 28,37%),
- la quota di ricoveri brevi 0-1 giorno su DRG medico (Italia 8,77%; Sardegna 11,39%)
- la quota di ricoveri con degenza oltre soglia su DRG medico in pazienti  $\geq 65$  anni (Italia 5,41%; Sardegna 5,83%).

Nel quadro delle azioni di prevenzione e gestione del sovraffollamento, il monitoraggio degli esiti non può limitarsi ai soli indicatori interni al Pronto Soccorso, ma deve includere misure "proxy" in grado di stimare la quota di domanda potenzialmente intercettabile e gestibile in setting alternativi al PS, e quindi di valutare l'efficacia dell'integrazione



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ospedale–territorio. Tali indicatori, alimentati dal flusso EMUR e dalle elaborazioni AGENAS, consentono di leggere in modo omogeneo il ricorso al PS per condizioni a bassa complessità, in specifiche fasce orarie e con determinati esiti assistenziali, orientando le azioni di riorganizzazione dei canali di accesso e di presa in carico territoriale

- Quota di accessi impropri in Pronto Soccorso (definizione AGENAS): proporzione di accessi classificati a bassa urgenza (bianco/verde alla visita), con esclusione dei traumi, arrivo autonomo o invio MMG, in orario diurno, con esito di dimissione a domicilio/ambulatorio;
- Tasso di accessi in PS nei giorni feriali 08:00–20:00 con codice di dimissione bianco/verde (per 100 residenti);
- Percentuale di abbandono del Pronto Soccorso.

## Tempi di processo e capacità di risposta ospedaliera

I tempi di risposta dei servizi diagnostici e delle consulenze specialistiche costituiscono un fattore determinante della fluidità del percorso assistenziale non solo in Pronto Soccorso, ma anche nei reparti di degenza, in quanto incidono direttamente sul turnover del posto letto e sulla capacità complessiva di assorbire ricoveri urgenti. Pertanto, in condizioni ordinarie e, con maggiore rigore, nelle fasi di criticità, le misure organizzative relative ai tempi di processo si applicano all'intero presidio ospedaliero e alle unità operative maggiormente impattate dai flussi urgenti.

In tale quadro, le consulenze specialistiche e gli esami diagnostici con richiesta urgente devono essere erogati secondo priorità predefinite e tempi obiettivo, differenziando i percorsi dedicati al Pronto Soccorso da quelli rivolti ai degenti e alle attività ambulatoriali/programmabili, al fine di evitare che l'incremento della domanda in emergenza si traduca in rallentamenti sistemici e in prolungamento delle degenze.

Per il Pronto Soccorso, le consulenze specialistiche e gli esami diagnostici con richiesta urgente devono essere espletati di norma entro 60 minuti dalla richiesta; per le emergenze (codice rosso) devono essere effettuati nell'immediatezza della richiesta o, comunque, nel più breve tempo possibile.

Quando necessario, nelle fasi di sovrappollamento e congestione del sistema, devono essere previste misure di "rinforzo temporaneo" delle risorse, attivate secondo un impianto proattivo basato su indicatori e soglie di criticità e governate dall'UCrAS e dal Bed Management con criteri di escalation e de-escalation monitorati dal cruscotto centralizzato.

In particolare:

1. definizione di soglie di attivazione, basate su indicatori oggettivi (es. NEDOCS, CEDOCS, SONET, EDWIN e altre metriche standard), che determinino l'avvio automatico del Piano di Gestione del Sovrappollamento. La Direzione medica di presidio assicura la predisposizione documentale e l'aggiornamento delle soglie di attivazione. L'attuazione operativa delle misure conseguenti è demandata ai soggetti individuati dal modello organizzativo aziendale, secondo le rispettive competenze;
2. individuazione preventiva delle risorse attivabili, comprendenti:
  - a) personale medico e infermieristico presente in altre unità operative del medesimo presidio con competenze compatibili;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- b) personale disponibile per prestazioni aggiuntive o pronta disponibilità;
  - c) eventuale utilizzo di graduatorie o contratti flessibili nei limiti della normativa vigente.
4. durata limitata e temporanea del rinforzo, correlata al persistere delle condizioni di sovraffollamento, con verifica giornaliera della necessità di mantenimento delle misure adottate.
  5. chiarezza dei ruoli e delle funzioni del personale di rinforzo, al fine di garantire un'integrazione efficace con l'organizzazione del Pronto Soccorso e prevenire sovrapposizioni o criticità operative.

Detti indirizzi dovranno essere recepiti dal Piano aziendale e inseriti stabilmente negli strumenti di governo clinico-organizzativo, consentendo una gestione più strutturata e prevedibile delle fasi di sovraffollamento, contribuendo al miglioramento della sicurezza, dell'efficienza e della qualità complessiva dell'assistenza.

I relativi aspetti organizzativi sono valutati da un gruppo tecnico coordinato dal Direttore sanitario e composto dal Direttore Medico del Presidio, Direttore del Dipartimento di emergenza-urgenza, dal Direttore del Pronto Soccorso e dal Bed Manager.

### Attuazione dei percorsi rapidi: FAST TRACK e passaggio in carico allo specialista

Entro 60 giorni dall'approvazione del presente Piano, devono essere attivati in tutte le strutture ospedaliere i percorsi rapidi, di Fast Track e di passaggio in carico allo specialista, come dettagliato dal modello organizzativo definito con la deliberazione di giunta regionale n. 10/23 del 16.03.2023 recante "Linee di indirizzo per il modello organizzativo per percorsi omogenei di Triage in Pronto Soccorso della Regione Autonoma della Sardegna". Detti percorsi devono essere attivati per tutte le discipline possibili presenti nella struttura ospedaliera.

L'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza sociale, con il supporto di ARES Sardegna, per quanto di competenza, effettuerà un controllo puntuale relativamente all'attivazione di tale modello con un monitoraggio trimestrale per valutarne esiti e ricaduta sul sistema.

Costituiscono standard minimi: la formalizzazione dei protocolli di Fast Track e di passaggio in carico specialistico per le discipline attivabili nella singola struttura, l'individuazione dei professionisti responsabili del percorso, la definizione delle fasce orarie di operatività, la tracciabilità informatica del percorso e la rilevazione dei tempi di presa in carico.

Il monitoraggio aziendale dovrà includere almeno i seguenti indicatori:

- numero di percorsi attivati
- quota di accessi al Pronto Soccorso indirizzati a Fast Track o a passaggio in carico specialistico
- tempo medio dal triage alla presa in carico specialistica
- percentuale di casi conclusi senza ritorno nel percorso ordinario del PS
- tempi di permanenza in Pronto Soccorso dei codici a bassa complessità
- grado di copertura delle discipline attivabili presenti nella struttura.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Flessibilità della capacità ricettiva ospedaliera

La gestione dei posti letto e dei flussi di ricovero non è prerogativa del singolo reparto, ma funzione di sistema, esercitata sotto il coordinamento del bed management aziendale e, se necessario, con il supporto del bed manager regionale. In tale cornice, anche l'aspetto logistico dei ricoveri in sovrannumero rientra nelle competenze del bed management, così da garantire ai medici dei reparti la gestione esclusiva di aspetti puramente clinici.

In ogni presidio ospedaliero dotato di PS dovrà essere individuata una quota di capacità ricettiva di area medica e chirurgica da rendere quotidianamente disponibile per i ricoveri urgenti provenienti dal Pronto Soccorso, al fine di assicurare la risposta ordinaria ai bisogni non programmati.

Quando necessario a garantire cure non differibili e la continuità dei percorsi diagnostici e terapeutici di emergenza e urgenza, ciascun presidio ospedaliero deve prevedere, inoltre, una soluzione organizzativa interna, articolata per aree assistenziali omogenee, che - nel rispetto dei requisiti di sicurezza per pazienti e operatori - consenta, in condizioni di eccezionale sovraffollamento, l'attivazione temporanea di forme di flessibilità della capacità ricettiva entro il limite massimo del 10% dei posti letto ordinariamente disponibili nel complesso delle strutture facenti capo allo stesso dipartimento o, comunque, allo stesso raggruppamento di discipline equipollenti o affini. Tale soluzione, finalizzata ad assorbire l'eccesso di domanda rispetto alla capacità ordinaria, può includere anche forme temporanee di appoggio tra unità operative.

La soluzione organizzativa è definita nel Piano aziendale e può essere attivata solo in via straordinaria e temporanea, con disposizione motivata della Direzione sanitaria aziendale, previo parere della Direzione Medica di Presidio in ordine alla fattibilità organizzativa e alla sussistenza delle condizioni minime di sicurezza per pazienti e operatori.

Qualora la soglia di flessibilità non sia attuabile per ragioni organizzative o di sicurezza, ovvero qualora – pur attivata – risulti insufficiente e si raggiunga o superi la soglia massima prevista, le Direzioni strategiche devono attivare, senza ritardo, le misure di escalation necessarie a riequilibrare i flussi, incluse - previo consenso informato del paziente e verifica della disponibilità effettiva - la redistribuzione dei ricoveri urgenti e dei pazienti in sovrannumero tra i presidi dell'area di riferimento, in raccordo con la rete di Bed Management e con il sistema di emergenza territoriale (centrale operativa 118/AREUS), evitando che l'onere resti a carico di un solo ospedale.

In parallelo, nelle fasi di congestione, deve essere valutata l'assegnazione delle missioni di soccorso verso presidi alternativi non in saturazione, anche più distanti dal luogo dell'evento, purché ciò avvenga in condizioni cliniche appropriate e nel rispetto di tempi e condizioni di sicurezza accettabili.

Le Direzioni Generali adotteranno sistemi di controllo basati su indicatori di processo, ed eventualmente prevedere audit strutturati, per monitorare l'efficienza organizzativa e identificare le aree di miglioramento, con cadenza settimanale, mensile e semestrale:

- sui tempi di degenza nei reparti con verifica costante sul tasso di occupazione e di rotazione dei posti letto;
- sulle procedure per l'esecuzione tempestiva delle consulenze e degli accertamenti diagnostici;
- sulla programmazione aziendale delle dimissioni entro le ore 15.00 del giorno precedente a quello della dimissione, effettuate anche nei giorni prefestivi e festivi.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Holding Polispécialistiche

Le Holding polispécialistiche costituiscono una misura organizzativa di supporto alla gestione del sovraffollamento, finalizzata a ridurre la permanenza impropria dei pazienti in Pronto Soccorso e a rendere più fluida la transizione verso il ricovero o verso i setting alternativi appropriati.

In coerenza con gli indirizzi nazionali, che prevedono la possibilità di istituire aree dedicate ai pazienti in attesa di ricovero come soluzione temporanea nelle fasi di sovraffollamento, e con le disposizioni regionali che contemplano l'attivazione di aree di degenza temporanea polispécialistiche per pazienti clinicamente stabili, le Aziende definiscono nel Piano aziendale criteri, requisiti e modalità di attivazione delle Holding, garantendo che esse operino come "valvola di flusso" e non come area di stazionamento indifferenziato.

Le Holding sono destinate esclusivamente a pazienti clinicamente stabili, già valutati e per i quali sia definito il percorso di destinazione (ricovero in reparto, trasferimento verso altro setting ospedaliero o intermedio, dimissione assistita/protetta). La presa in carico clinico-assistenziale in Holding deve essere affidata a personale dedicato, anche su adesione a progetto con prestazioni aggiuntive, e non al personale del Pronto Soccorso, e deve avvenire secondo un modello di responsabilità chiaro: la Direzione Medica di Presidio assicura il governo organizzativo, mentre la funzione di Bed Management garantisce la regia dei posti letto, assegna le priorità per i passaggi di setting e la tracciabilità delle decisioni.

L'attivazione delle Holding è subordinata a trigger organizzativi predefiniti e a regole di escalation e de-escalation, con indicazione delle modalità di chiusura al rientro in condizioni di normalità.

Per assicurare l'efficacia della misura, la permanenza in Holding deve essere considerata una soluzione transitoria: il suo scopo è facilitare il completamento del percorso decisionale e operativo (allocazione a setting, trasferimento, dimissione), evitando che l'attesa si prolunghi oltre quanto necessario. In tale ottica, i principali indicatori di monitoraggio (senza pregiudizio dell'elenco riportato nell'Allegato A) devono essere letti come indicatori di "qualità del flusso": una permanenza media elevata o un incremento della quota di pazienti oltre soglia temporale rappresentano segnali di blocco del sistema (mancanza di posti letto effettivamente disponibili, ritardi nei trasferimenti verso post-acuzie/intermedi, ritardi di attivazione della continuità assistenziale), e devono determinare l'attivazione di azioni correttive sul governo dei posti letto, sulla programmazione delle dimissioni e sull'attivazione dei setting di destinazione.

Al fine di garantire l'uso conforme delle Holding, le Aziende disciplinano:

- criteri di eleggibilità e ineleggibilità (stabilità clinica, assenza di necessità di assistenza intensiva, percorso definito);
- standard minimi di documentazione clinica e infermieristica al trasferimento in Holding;
- procedure di rivalutazione periodica e gestione del rischio clinico;
- modalità di back-transfer verso il Pronto Soccorso o verso l'area più appropriata in caso di peggioramento;
- integrazione con PASS/COT/PUA/UVT per i pazienti in cui la permanenza ospedaliera è prolungata per motivi non clinici.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Le Holding polispecialistiche sono ricondotte a misura di governo dell'output, integrata nel cruscotto aziendale e nel sistema informativo di Bed Management: la loro efficacia è valutata non solo in termini di utilizzo, ma soprattutto in termini di riduzione della pressione sul Pronto Soccorso, miglioramento della tempestività di presa in carico del ricoverando e riduzione delle permanenze improprie lungo il percorso ospedaliero.

## Recupero della capacità ricettiva ospedaliera

È prevista la riattivazione urgente di un numero di posti congruo da valutarsi in ordine alle strutture esistenti quali l'Ospedale Marino, il Binaghi e il Santissima Trinità. In particolare:

- Ospedale Binaghi: è considerato il presidio con le potenzialità di riattivazione più rapide. La struttura dispone già di posti letto che potrebbero essere resi operativi in tempi brevissimi (anche solo con interventi minimi) per accogliere circa 20-25 pazienti a bassa complessità. Si dispone, per renderlo operativo, la necessaria assegnazione di un nucleo di personale dedicato reperibile anche da altri presidi, ove necessario, con prestazioni aggiuntive. I posti letto saranno resi prioritariamente disponibili per le aziende che operano nell'area metropolitana, in proporzione al numero dei posti letto effettivi e occupati al momento. La riattivazione è da programmare entro e non oltre 60 giorni dalla pubblicazione del presente atto.
- Ospedale Marino: insieme al P.O. Binaghi, la sua chiusura ha sottratto all'area Sud Sardegna un numero rilevante di posti letto alla rete. Dovrà essere valutata l'eventuale riattivazione di posti letto in aree disponibili.
- Ospedale SS. Trinità: il piano prevede il recupero immediato dei posti letto chiusi con particolare riferimento ai posti di rianimazione. È necessario riaprire queste postazioni per garantire una distribuzione omogenea dei pazienti critici nel territorio, evitando che il carico gravi esclusivamente su un unico HUB.

## Regolazione dei ricoveri urgenti chirurgici e ortopedici per la decongestione dei reparti

Al fine di una maggiore razionalizzazione negli ingressi e per consentire momenti di decongestionamento dei reparti sono reintrodotte le turnazioni dei ricoveri urgenti chirurgici e ortopedici. La misura rappresenta una azione che ottimizza il flusso in entrata in PS in quanto ricade sulla scelta dell'ospedale di destinazione fin dalla presa in carico dei mezzi di soccorso, ma al contempo agisce efficacemente sui fattori di output in quanto consente fasi transitorie di decongestionamento dei reparti, che consentono la presa in carico dei nuovi ricoveri.

Le Aziende coinvolte provvedono a definire un calendario organizzativo giornaliero, individuando per ciascuna giornata l'Azienda responsabile della gestione dei ricoveri urgenti ortopedici provenienti da tutti i presidi e l'Azienda responsabile della gestione dei ricoveri urgenti chirurgici provenienti dai medesimi presidi, con previsione che le due funzioni siano attribuite, nella stessa giornata, ad Aziende diverse.

Tale modello, già sperimentato in passato nel periodo pandemico, consente di concentrare in modo programmato gli ingressi urgenti, lasciando agli altri reparti tempi utili al riequilibrio dei carichi assistenziali e alla gestione delle dimissioni. La misura ha carattere organizzativo e di supporto ai flussi e richiede una regia condivisa, criteri di



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

appropriatezza, una chiara definizione delle casistiche da centralizzare, comprese le modalità di trasporto sanitario e soglie di saturazione prestabilite.

L'Azienda ARNAS Brotzu, in quanto Hub di Trauma Center 365 giorni l'anno per il trauma maggiore, partecipa alla turnazione delle Chirurgie ed Ortopedie in misura proporzionalmente minore secondo un criterio di sostenibilità.

Sono esclusi dalla turnazione i casi di politrauma, le urgenze multispecialistiche, i pazienti instabili e tutte le situazioni che richiedano un'immediata presa in carico multidisciplinare presso il presidio di primo accesso o nel presidio ritenuto clinicamente più idoneo. La turnazione riguarda esclusivamente i ricoveri urgenti compatibili con il trasferimento in sicurezza. Il trasferimento può essere disposto solo quando clinicamente appropriato e logisticamente compatibile, tenuto conto delle condizioni del paziente e dei tempi di percorrenza.

Nell'area nord della Sardegna, la criticità assume caratteristiche in parte differenti e riguarda soprattutto la distribuzione della casistica ortopedico-traumatologica urgente tra i diversi presidi. Al fine di assicurare alla UOC di Ortopedia e Traumatologia del DEA di II livello del P.O. SS. Annunziata le condizioni necessarie per la gestione della traumatologia scheletrica ad alta complessità, la AOU Sassari e la ASL Sassari definiscono un modello organizzativo condiviso per l'assegnazione della presa in carico dei pazienti con problematiche ortopedico-traumatologiche urgenti a minore complessità tra i reparti di ortopedia dei tre ospedali dell'area, sulla base di criteri clinici, organizzativi e di volume di attività. La misura è finalizzata a preservare la funzione specialistica dell'hub e a utilizzare in modo più appropriato la capacità complessiva della rete.

### **3. Area di Output: transizione di setting, dimissioni e continuità assistenziale**

#### **Misure a sostegno delle domiciliarità**

Nell'ambito degli interventi volti a favorire la riduzione del numero dei ricoveri reiterati presso i presidi ospedalieri, favorire il decongestionamento del pronto soccorso e favorire la liberazione dei posti letto bloccati, assume una rilevanza strategica la piena attuazione del percorso di "dimissioni protette", definito dalla legge 234/2021, comma 170, come livello essenziale delle prestazioni sociali (LEPS), da realizzare attraverso un approccio multidisciplinare in tutti quei casi in cui non sia necessario il ricorso a strutture residenziali (RSA; centri di riabilitazione globale; strutture integrate) a sostegno del paziente.

Le "dimissioni protette", intese come passaggio organizzato dall'ambiente ospedaliero o simile ad un ambiente di cura di tipo familiare tramite interventi coordinati tra la sfera sanitaria e la sfera sociale, trovano la loro compiuta declinazione nell'ambito degli Accordi di collaborazione organizzativa e professionale sottoscritti dalle Aziende sanitarie locali e dagli Ambiti territoriali in materia di integrazione sociosanitaria per le persone non autosufficienti.

Nell'ambito dei diversi setting assistenziali (prestazioni garantite quale LEA sanitario dal DPCM 12.1.2017 di cui all'art. 22 e prestazioni garantite dal Servizio di assistenza domiciliare comunale), in coerenza con le prescrizioni del Piano



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

nazionale degli interventi e dei servizi sociali e dei relativi stanziamenti sul Fondo nazionale delle politiche sociali, è oggi immediatamente operativo il “Livello assistenziale dimissioni protette” all'interno del programma regionale “Ritornare a casa plus” (DGR 1/28 del 14/01/2026 recante “Programma Ritornare a casa plus: Linee di indirizzo annualità 2026/2027”).

Il programma “Ritornare a casa plus”, finanziato con risorse regionali e nazionali, assicura un sistema uniforme di accesso agli interventi assistenziali, prevedendo il coinvolgimento attivo dei beneficiari degli interventi, la presa in carico attraverso i punti unici di accesso, la valutazione multidimensionale, la definizione del budget di progetto e la predisposizione del programma personalizzato. Il programma, gestito unitariamente dagli enti gestori degli ambiti plus e dai comuni, si articola in sei livelli assistenziali (livello assistenziale dimissioni protette; livello assistenziale base A; livello assistenziale base B; livello assistenziale primo; livello assistenziale secondo; livello assistenziale terzo). Ciascun livello assistenziale ha un proprio budget di spesa, rapportato allo specifico bisogno assistenziale rilevato a seguito della valutazione multidimensionale del beneficiario, e mira a sostenere la persona e la sua famiglia garantendo l'acquisizione di servizi professionali di assistenza domiciliare, di sollievo e di supporto.

In particolare, il “Livello assistenziale dimissioni protette” è rivolto alle persone non autosufficienti e/o in condizione di fragilità socio-sanitaria, indipendentemente dall'età, che necessitano di continuità di cura e assistenza nel passaggio dall'ospedale al domicilio o ad altro setting, non supportate da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata.

L'intervento, che prevede interventi di assistenza domiciliare in modalità diretta o indiretta presso l'abitazione di residenza del paziente in dimissioni o presso strutture di accoglienza per le persone senza dimora, può essere ulteriormente implementato con la misura “Mi prendo cura”, volta ad assicurare l'acquisizione aggiuntiva di servizi professionali di assistenza alla persona al proprio domicilio (DGR 67/24 del 23/12/2025 recante “Programma regionale Mi prendo cura. Linee di indirizzo 2026/2027”).

Si ritiene opportuno potenziare le attività di comunicazione e di coinvolgimento sociale attraverso l'attivazione di protocolli formali di interlocuzione con le associazioni dei pazienti più rappresentative secondo le casistiche di interesse: tali iniziative sono finalizzate a garantire un'adeguata informazione in merito ai diritti e ai doveri dei familiari, nonché a prevenire un utilizzo improprio della struttura ospedaliera quale canale preferenziale per l'accesso alle liste di attesa delle RSA.

## PASS e governo precoce delle dimissioni difficili

L'efficacia delle misure di transizione di setting e di dimissione è subordinata alla continuità informativa tra ospedale e territorio, assicurata dal sistema informativo di governo dei flussi e dalla sua interoperabilità con le COT e la rete sociosanitaria e sociale.

Per l'implementazione dei percorsi di continuità ospedale-territorio, con la legge regionale 11 settembre 2020, n. 24, sono stati istituiti, sia nei presidi ospedalieri che a livello distrettuale, i Punti di accesso unitari dei servizi sanitari (PASS), orientati a garantire la presa in carico globale del paziente, nella complessità dei suoi bisogni sociosanitari, con



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

particolare attenzione alla famiglia e anche al contesto di riferimento. I PASS hanno il compito di facilitare, sulla base dei bisogni sociosanitari rilevati, in raccordo con la COT, i rapporti tra le strutture operative di assistenza dei presidi ospedalieri e la rete territoriale costituita dal sistema SUA/PUA/UVT, in modo da garantire la continuità tra i vari setting assistenziali. Presso ogni presidio ospedaliero è stata prevista, l'attivazione di un PASS, composto dai responsabili del percorso clinico di transizione (referente medico di direzione medica di presidio, infermiere, assistente sociale), in diretta relazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta. La funzione degli operatori del PASS, riguardo alle dimissioni protette, è quella di fornire supporto qualificato alle U.O. del Presidio ospedaliero nella raccolta delle informazioni e nell'utilizzo degli strumenti di indagine necessari all'UVT per le valutazioni di competenza. Il PASS supporta, inoltre, la Direzione di Presidio nel monitoraggio delle dimissioni difficili sui vari indicatori di efficienza e di efficacia della gestione delle stesse, onde fornire gli elementi utili per l'adozione degli eventuali correttivi necessari.

Oltre alle dimissioni protette rivolte ai pazienti non autosufficienti da inviare in regime di assistenza domiciliare o residenziale, è necessario attivare le dimissioni facilitate per tutti i pazienti cronici dimessi dall'ospedale, anche in condizioni di piena autosufficienza, al fine di "agganciare" tali pazienti alla rete territoriale per evitare la perdita del paziente (drop out) dopo un episodio di crisi che ha generato il ricovero, spesso legata alla mancanza di percorsi assistenziali integrati ospedale-territorio che dovrebbero essere concordati con la pianificazione della dimissione all'interno della rete territoriale.

Entro 15 giorni dall'approvazione del presente Piano, ciascun presidio rende operativo il PASS per la gestione precoce dei pazienti con bisogni complessi e delle dimissioni difficili o protette. I PASS devono agire in collegamento strutturale con i reparti ospedalieri che devono garantire ogni necessaria collaborazione alla compilazione delle schede di valutazione al momento dell'ingresso del paziente in reparto e comunque non oltre le prime 24 ore dal ricovero.

I PASS, entro le 72 ore dal momento dell'ingresso in reparto e dalla compilazione della scheda, si raccordano con le Centrali Operative Territoriali (COT), i PUA (Punti Unici di Accesso) distrettuali e in ambito PLUS (al fine di garantire a ciascun paziente il corretto setting assistenziale al momento della dimissione); i PASS si coordinano altresì, ove necessario, con il Bed Manager aziendale.

## Ospedali di comunità e continuità post-acuzie

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio. In particolare, l'OdC si rivolge a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare). Tali necessità possono concretizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano al loro domicilio, in questo secondo caso possono rientrare anche ricoveri brevi.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

L'OdC può avere una sede propria, essere collocato in una Casa della Comunità, in strutture sanitarie polifunzionali, presso strutture residenziali sociosanitarie oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è riconducibile ai servizi ricompresi nell'assistenza territoriale distrettuale e non è ricompreso nelle strutture residenziali.

Possono accedere all'OdC pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (entro 30 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per acuti. Tra gli obiettivi primari del ricovero deve essere posto anche il coinvolgimento attivo e l'aumento di consapevolezza, nonché la capacità di auto-cura dei pazienti e del familiare/caregiver, attraverso la formazione e l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

Con la deliberazione n. 27/34 del 21 maggio 2025, la Giunta ha avviato due sperimentazioni dei modelli organizzativi di integrazione ospedale-territorio tra i presidi ospedalieri, le centrali operative territoriali, gli ospedali di comunità e le CdC. Le sperimentazioni si sono svolte nella ASL n. 1 di Sassari e nella ASL n. 5 di Oristano nel periodo tra giugno e dicembre 2025 e si sono concluse con la definizione di modelli organizzativi che potranno essere trasferiti sul resto del territorio regionale. La fase di sperimentazione del modello integrato ospedale-territorio ha validato con successo i principi fondanti della riforma. I risultati ottenuti, in particolare presso l'OdC di Ploaghe, hanno dimostrato concretamente la capacità del nuovo sistema di gestire con efficienza pazienti fragili, riducendo le degenze inappropriate in acuto e garantendo transizioni sicure.

## Coinvolgimento delle strutture private accreditate

L'organizzazione deve evolvere verso una logica di rete ospedaliera integrata: i reparti contribuiscono allo sviluppo di modelli alternativi alla degenza tradizionale e partecipano a programmi strutturati di valutazione degli esiti, sicurezza e sostenibilità organizzativa.

Il territorio, in attuazione del DM 77/2022, quindi rappresenta il principale dispositivo di protezione del sistema di emergenza-urgenza, assicurando presa in carico precoce, continuità assistenziale e riduzione degli accessi impropri in Pronto Soccorso.

Devono essere applicati gli accordi per una costante disposizione di PL presso le Case di cura per cui una quota di pazienti a bassa complessità clinica possano essere ricoverati direttamente da Pronto Soccorso o trasferiti dai reparti di degenza senza "sbarramento" da parte della Casa di cura ricevente.

Si dovrà inoltre fare in modo che vengano coinvolte attivamente, e non solo sulla carta, tutte le Case di cura accreditate e contrattualizzate.

La priorità dei trasferimenti deve essere data ai DEA di II livello per poter rendere disponibili i posti letto per acuzie.

Le strutture private accreditate e contrattualizzate (quali le RSA, lungodegenze e riabilitazione) e le pubbliche (Ospedali di comunità, ADI, Hospice, ecc.) partecipano al progetto.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

A tal fine si deve procedere all'attivazione di tavoli di lavoro per tre macroaree territoriali (Nord Sardegna, Centro Sardegna e Sud Sardegna), con un crono-programma stringente per la definizione di urgenti azioni finalizzate all'attivazione di posti letto di post-acuzie volti a decongestionare le unità per acuti ed i PS degli ospedali.

I Tavoli divisi per tre macroaree, e con integrazione di una figura esperta nelle attività territoriali di presa in carico tra Direttore socio-sanitario, Direttore di distretto o Direttore della struttura cure primarie, individuata all'interno delle ASL, sono di supporto operativo nell'Azienda, forniscono le informazioni necessarie per la pianificazione e seguono l'implementazione nel Piano aziendale e nell'operatività di quanto stabilito dal Piano regionale per la gestione dei flussi di ricovero e del sovraffollamento.

A ciascun Tavolo per macroarea partecipa, al fine di garantire l'estrema rapidità di confronto e l'assunzione delle decisioni più opportune, un unico rappresentante per Azienda, particolarmente e specificamente a conoscenza della problematica oggetto delle proposte da definire, e un referente individuato dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale per valutare gli aspetti applicativi e gli oneri.

Il Coordinamento regionale svolge funzioni di raccordo con i Tavoli delle tre macroaree, assicurando l'omogeneità dei processi, e si occupa del monitoraggio mediante la verifica degli indicatori ed eventuali visite in loco, ove ritenute necessarie.

Le azioni richieste nel dettaglio operativo sono così sintetizzate:

- a) individuazione posti letto ospedalieri post-acuzie (si intendono i posti letto di Lungodegenza e Riabilitazione, cioè codici 60 e 56);
- b) individuazione posti letto per cure intermedie territoriali, nel numero valutato congruo per macroarea ed attivabili operativamente secondo la tempistica più rapida possibile (si intendono solo i letti RSA-R1 ed R2 ed i letti di Ospedale di Comunità realmente attivabili in tempi rapidissimi).

L'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale monitora la puntuale applicazione dei criteri stabiliti con la deliberazione di Giunta regionale n. 26/32 del 14.05.2025 recante "- Art. 5, obiettivo n. 2. "Flessibilità nell'utilizzo dei posti letto"., che si intende integralmente richiamata, puntando a garantire la disponibilità per il sistema pubblico delle aziende di una quota significativa, compresa tra il 50 e il 75%, dei posti letto accreditati e contrattualizzati.

Come previsto dall'allegato alla Determinazione n. 1024 del 11.09.2025 della Direzione Generale della Sanità – Servizio Qualità dei Servizi e Governo Clinico dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale della Regione Autonoma della Sardegna: *"Indirizzi applicativi della D.G.R. n. 47/43 del 30/12/2010. Aggiornamento dell'elenco delle strutture private accreditate in regime istituzionale provvisorio, istituzionale temporaneo o istituzionale definitivo, inserite negli ambiti territoriali delle Aziende Socio Sanitarie Locali della Sardegna. Strutture accreditate al 31/07/2025"*, di seguito l'elenco delle Strutture sanitarie e sociosanitarie private accreditate in regime provvisorio, temporaneo o definitivo al 31.07.2025, con la ripartizione del numero di posti letto per branca.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Disponibilità programmata dei posti letto nel privato accreditato

Coerentemente con l'Obiettivo n. 2 dell'Accordo, finalizzato a mettere a disposizione delle Aziende sanitarie una quota di posti letto accreditati per invii da strutture pubbliche nell'ambito di percorsi assistenziali concordati, ARES svolge la funzione di regia/committenza centralizzata per la raccolta e il consolidamento dei fabbisogni aziendali e per la definizione delle conseguenti disponibilità presso gli erogatori privati.

Entro 15 giorni dalla pubblicazione del presente atto, le Aziende sanitarie comunicano ad ARES il fabbisogno presunto di posti letto da rendere disponibili nel privato accreditato; entro i successivi 15 giorni ARES provvede al consolidamento regionale e alla definizione, con ciascun erogatore, della quota di posti letto accreditati da riservare, secondo lo schema di accordo predisposto dalla Commissione paritetica, assicurando la tracciabilità degli invii e l'operatività dei percorsi concordati.

Al fine di evitare riduzioni simultanee di capacità produttiva in periodi a maggiore criticità, eventuali chiusure totali o parziali:

- ciascun erogatore privato accreditato trasmette ad ARES, entro i termini annualmente indicati, un piano delle riduzioni programmate di attività/chiusure, con indicazione delle unità interessate, della durata e della capacità residua disponibile;
- ARES, nell'esercizio delle funzioni di committenza centralizzata per l'acquisto di prestazioni da privati sulla base dei piani presentati dalle Aziende, consolida i fabbisogni e coordina, d'intesa con gli erogatori, una programmazione a rotazione delle riduzioni di attività, in modo da assicurare in continuità la disponibilità dei posti letto necessari agli invii dal pubblico
- la programmazione a rotazione è finalizzata a garantire, per ciascun periodo critico, una quota minima di posti letto effettivamente utilizzabili per invii dal pubblico, secondo i percorsi concordati, evitando la contemporanea indisponibilità di più strutture sul medesimo bacino di riferimento.

L'indisponibilità dei posti letto oggetto di riserva, ove non formalmente e oggettivamente motivata e comunicata secondo le modalità stabilite, è trattata come inadempimento rispetto all'obiettivo di flessibilità, con conseguente attivazione delle misure previste dall'Accordo e dagli atti contrattuali applicativi.

## Criteri di eleggibilità dei pazienti

Nell'ambito dei percorsi assistenziali concordati e in coerenza con la disponibilità dei posti letto accreditati messi a disposizione, sono eleggibili all'invio presso strutture private accreditate i pazienti stabilizzati che non necessitano di intervento chirurgico immediato né di assistenza in terapia intensiva. Rientrano, in particolare, i pazienti con patologie neurologiche degenerative, vasculopatie, ipertensione, disidratazione, patologie broncopolmonari acute o fratture chiuse che non richiedono trattamento chirurgico urgente.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Criteri di ineleggibilità dei pazienti

Nel concorso del privato accreditato alla gestione del sovraffollamento e al governo dei flussi, la partecipazione agli invii dal pubblico e alla messa a disposizione di posti letto avviene secondo protocolli operativi integrati nella rete di Bed Management e coerenti con gli accordi contrattuali e le funzioni di committenza regionale.

Sono esclusi i pazienti che presentano una o più condizioni sottoindicate:

- instabilità emodinamica;
- insufficienza respiratoria che richieda ausili di ventilazione non invasiva;
- pazienti affetti da patologie psichiatriche non in compenso o affetti da disturbi dell'alimentazione che richiedano un approccio multidisciplinare;
- pazienti che richiedano trattamenti chirurgici non differibili.

## Protocollo di Trasferimento.

Il PS o i reparti accertano la disponibilità telefonicamente; il trasferimento avviene con verbale di accesso, impegnativa per ricovero, copia degli accertamenti e immagini radiografiche su supporto digitale o attraverso link sicuro per evitare esami superflui. Il trasporto è a carico e spese della struttura inviante.

Qualora le caratteristiche del paziente non corrispondano ai criteri clinici stabiliti, la struttura privata può reinviarlo al PS o ai reparti solo con motivazione scritta e previo accordo.

Entro 45 giorni dall'approvazione del presente Piano devono essere operativi i protocolli di trasferimento dei pazienti tra presidi ospedalieri pubblici ed erogatori privati accreditati con effettiva disponibilità delle quote di posti letto assegnate a ciascuna azienda sanitaria pubblica.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## ALLEGATO A

# Indicatori del Piano di gestione del sovraffollamento dei PS e dei flussi di ricovero

## A. Indicatori area Emergenza - Urgenza (PS e sovraffollamento)

### Indicatori di processo e performance del PS

#### *Accessi in Pronto Soccorso (volumi assoluti e trend; per presidio e complessivo)*

- Distribuzione degli accessi per codice triage (mix di domanda per codice)
- Tempo di permanenza in Pronto Soccorso (media e mediana; raccomandata stratificazione per triage)
- % accessi visitati entro il tempo massimo
- % accessi trasferiti in OBI
- Consulenze specialistiche urgenti da PS entro 60 minuti.
- Consulenze e accertamenti per emergenze (codice rosso) nell'immediatezza della richiesta
- Tempo di permanenza delle ambulanze fuori dal PS 75° percentile  $\leq$  20 minuti
- Permanenze  $>$  60 minuti  $\leq$  10%
- Tasso di ospedalizzazione da PS (con stratificazione per codici di gravità e distinzione DEA I / DEAI)
- Percentuale di ricoveri in area medica rispetto all'area critica e chirurgica
- Quota di pazienti che permangono in PS oltre 4 ore dalla decisione di ricovero - soglia  $\leq$  10%
- Numero di percorsi Fast Track attivati
- Copertura delle discipline attivabili nella struttura
- % di accessi PS indirizzati a Fast Track in carico specialistico
- Tempo medio dal triage alla presa in carico specialistica
- % di casi conclusi senza ritorno nel percorso ordinario del PS

### Indicatori di appropriatezza degli accessi

- Tasso di accessi codici bianco/verde nei feriali 8:00–20:00 (per 100 residenti).
- Percentuale di abbandono del PS

## B. Indicatori area Ricovero e gestione intraospedaliera



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### 1. Indicatori di degenza e occupazione

- Numero di posti letto per reparto e relativo indice di occupazione
- Durata media della degenza (LOS)
- % di dimissioni entro le ore 12:00
- % di pazienti clinicamente dimissibili che permangono per motivi non clinici (distinti tra setting necessario)
- Permanenza media nelle Holding polispecialistiche (target organizzativo: < 24 ore)
- % di operatività e funzionamento dei percorsi per pazienti fragili e continuità assistenziale (PASS/COT/PUA/UVT).

### 2. Indicatori di efficienza organizzativa

- Degenza media standardizzata per case-mix
- Degenza media pre-operatoria
- Quota di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico
- Quota di ricoveri brevi 0 - 1 giorno su DRG medico
- Quota di ricoveri oltre soglia su DRG medico in pazienti  $\geq 65$  anni

### Indicatori di Bed Management e flussi

- Aggiornamento quotidiano dei posti letto (ADT SISaR / Mondrian).
- Attivazione/de-escalation delle Unità di Crisi Aziendali per il Sovraffollamento (UCrAS).
- Trasferimenti intra/inter-presidio (volumi e tempi, secondo protocollo BM e tracciabilità di rete).
- Verifica dei tre cruscotti giornalieri:
  - o 08:00 – Cruscotto di lancio aziendale
  - o 14:00 – Cruscotto verifica intermedia
  - o 17:30 – Cruscotto verifica pomeridiana

## C. Indicatori area Territorio e continuità assistenziale

- Attivazione dei PASS entro 72 ore dal ricovero (valutazione e raccordo con COT/PUA/UVT).
- Attivazione percorsi di dimissione protetta.
- Funzionamento dei percorsi integrati ospedale - territorio (CdC, OdC, COT).

## D. Indicatori area Uscita, dimissioni e post-acuzie

- Percentuale di dimissioni programmate entro le ore 15 del giorno precedente.
- Indicatori delle dimissioni difficili gestite dal PASS.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA**  
**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

- Disponibilità di posti letto post-acuzie (lungodegenza, riabilitazione, RSA, OdC).
- Quota di posti letto accreditati e contrattualizzati riservati (target regionale: 50–75%).
- Disponibilità e programmazione delle chiusure dei PL nelle strutture private accreditate.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## ALLEGATO B - Strutture territoriali programmate

| Centrali Operative Territoriali (COT) |                 |                           |                                     |
|---------------------------------------|-----------------|---------------------------|-------------------------------------|
| Azienda                               | N. COT previste | N. COT con servizi attivi |                                     |
| ASL 1 Sassari                         | 2               | 2                         | Ittiri, Sassari                     |
| ASL 2 Gallura                         | 2               | 2                         | Olbia, Tempio Pausania              |
| ASL 3 Nuoro                           | 2               | 2                         | Macomer, Nuoro                      |
| ASL 4 Ogliastra                       | 1               | 1                         | Tortolì                             |
| ASL 5 Oristano                        | 2               | 2                         | Ghilarza, Oristano                  |
| ASL 6 Medio Campidano                 | 1               | 1                         | Samassi                             |
| ASL 7 Sulcis                          | 2               | 2                         | Carbonia, Iglesias                  |
| ASL 8 Cagliari                        | 4               | 4                         | Assemini, Cagliari, Isili, Muravera |
| Totale                                | 16              | 16                        |                                     |



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

| OSPEDALI DI COMUNITÀ |  |             |
|----------------------|--|-------------|
| Azienda              | Sede   | Posti Letto |
| ASL 1 Sassari        | SASSARI CONTI                                | 18          |
|                      | SASSARI SAN CAMILLO                          | 20          |
|                      | PLOAGHE San Giovanni Battista                | 16          |
|                      | PLOAGHE Ex CDR                               | 20          |
|                      | ITTIRI Ex Ospedale Civile                    | 19          |
|                      | OZIERI C/O PO Segni                          | 20          |
| ASL 2 Gallura        | OLBIA C/O PO San Giovanni Paolo II           | 10          |
|                      | LA MADDALENA C/O PO Paolo Merlo              | 16          |
|                      | TEMPIO PAUSANIA C/O PO Paolo Dettori         | 20          |
|                      | TEMPIO PAUSANIA C/O Struttura polifunzionale | 20          |
| ASL 3 Nuoro          | NUORO C/O PO Zonchello                       | 20          |
|                      | MACOMER Loc. Nuraghe Ruju                    | 20          |
|                      | SORGONO C/O San Camillo                      | 20          |
| ASL 4 Ogliastra      | LANUSEI C/O PO Nostra Signora della Mercede  | 12          |
| ASL 5 Oristano       | GHILARZA C/O PO Delogu                       | 20          |
|                      | BOSA C/O PO Mastino                          | 30          |
|                      | ALES   | 20          |
| ASL 7 Sulcis         | IGLESIAS C/O PO Santa Barbara                | 30          |
| ASL 8 Cagliari       | CAGLIARI C/O PO Binaghi                      | 40          |
|                      | CAGLIARI C/O PO Binaghi                      | 12          |
|                      | CAGLIARI C/O PO Marino                       | 40          |
|                      | MURAVERA C/O PO San Marcellino               | 20          |



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

| CASE DELLA COMUNITÀ |                               |           |
|---------------------|-------------------------------|-----------|
| Distretto           | Sede                          | HUB/SPOKE |
| Sassari             | Sassari via Tempio            | HUB       |
|                     | Sassari Antonio Conti         | SPOKE     |
|                     | Portotorres Località Andriolu | SPOKE     |
|                     | S. Maria Coghinas             | SPOKE     |
|                     | Thiesi Ex Ospedale Civile     | SPOKE     |
|                     | Perfugas                      | SPOKE     |
|                     | Sorso                         | HUB       |
| Alghero             | Bonorva                       | SPOKE     |
|                     | Ittiri                        | SPOKE     |
|                     | Alghero                       | HUB       |
| Ozieri              | Ozieri                        | SPOKE     |
|                     | Bono                          | HUB       |
| Olbia               | Olbia                         | HUB       |
|                     | San Teodoro                   | SPOKE     |
|                     | Berchidda                     | SPOKE     |
|                     | Buddusò                       | SPOKE     |
|                     | Arzachena                     | SPOKE     |
|                     | Santa Teresa                  | SPOKE     |
| La Maddalena        | La Maddalena                  | SPOKE     |
| Tempio              | Tempio Pausania               | HUB       |
|                     | Trinità d'Agultu              | SPOKE     |
|                     | Trinità d'Agultu              | SPOKE     |
| Nuoro               | Bitti                         | SPOKE     |
|                     | Dorgali                       | SPOKE     |
|                     | Oliena                        | SPOKE     |
|                     | Ottana                        | SPOKE     |
|                     | Nuoro                         | HUB       |
|                     | Gavoi                         | SPOKE     |
| Macomer             | Macomer                       | HUB       |
| Siniscola           | Siniscola                     | HUB       |
|                     | Orosei                        | SPOKE     |
| Sorgono             | Desulo                        | SPOKE     |
|                     | Aritzo                        | SPOKE     |
|                     | Sorgono                       | HUB       |
| Tortolì             | Tortolì                       | HUB       |
|                     | Lanusei                       | SPOKE     |
|                     | Jerzu                         | SPOKE     |
|                     | Seui                          | SPOKE     |
|                     | Villagrande Strisaili         | SPOKE     |
| Oristano            | Oristano                      | HUB       |
|                     | Tramatza                      | SPOKE     |
|                     | Samugheo                      | SPOKE     |
| Ghilarza Bosa       | Ghilarza                      | HUB       |
|                     | Santulussurgiu                | SPOKE     |
|                     | Bosa                          | SPOKE     |
| Ales Terralba       | Terralba                      | HUB       |
|                     | Ales                          | SPOKE     |



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

|   |                                    |       |
|---|------------------------------------|-------|
|   | Laconi                             | SPOKE |
| Guspini                                     | Arbus                              | SPOKE |
|   | Villacidro                         | HUB   |
|   | Guspini                            | SPOKE |
| Sanluri                                     | Sanluri                            | HUB   |
|   | Lunamatrona                        | SPOKE |
| Carbonia                                    | Carbonia                           | HUB   |
|   | Giba                               | SPOKE |
| Iglesias                                    | Fluminimaggiore                    | SPOKE |
|   | Iglesias S. Barbara                | HUB   |
| Isole                                       | Sant'Antioco                       | SPOKE |
|   | Carloforte                         | SPOKE |
| Cagliari Area Vasta                         | Cagliari - Via Pietro Quesada, snc | SPOKE |
|   | Cagliari - Via Romagna, 16         | HUB   |
|   | Monserrato                         | HUB   |
|   | Monastir                           | SPOKE |
|   | Sestu                              | SPOKE |
| Cagliari Ovest                              | Elmas                              | SPOKE |
|   | Decimomannu                        | HUB   |
|   | Villasor                           | SPOKE |
|   | Capoterra                          | SPOKE |
|   | Pula                               | SPOKE |
|   | Teulada                            | SPOKE |
| Quartu Parteolla                            | Quartu S. Elena                    | HUB   |
|   | Sinnai                             | SPOKE |
|   | Dolianova                          | SPOKE |
| Sarrabus Gerrei                             | Muravera                           | HUB   |
|   | Villasimius                        | SPOKE |
|   | San Nicolò Gerrei                  | SPOKE |
| Sarcidano-Barbagia<br>di Seulo-<br>Trexenta | Isili                              | SPOKE |
|   | Sadali                             | SPOKE |
|   | Mandas                             | SPOKE |
|   | Senorbì                            | HUB   |



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## ALLEGATO C - Posti letto delle strutture private accreditate

|   | Numero posti letto |
|---|--------------------|
| 21-Geriatria                            | 62                 |
| CASA DI CURA SANT'ANNA S.r.l.           | 34                 |
| CLINICA TOMMASINI S.R.L.                | 10                 |
| LABOR S.P.A. POLICLINICO SASSARESE      | 8                  |
| SANT'ANTONIO S.p.a.                     | 10                 |
| 26-Medicina generale                    | 63                 |
| CASA DI CURA MADONNA DEL RIMEDIO S.P.A  | 17                 |
| CASA DI CURA SANT'ANNA S.r.l.           | 9                  |
| CLINICA TOMMASINI S.R.L.                | 10                 |
| KINETIKA SARDEGNA S.r.l.                | 8                  |
| NUOVA CASA DI CURA S.r.l.               | 8                  |
| SANT'ANTONIO S.p.a.                     | 11                 |
| 36-Ortopedia e traumatologia            | 118                |
| CASA DI CURA MADONNA DEL RIMEDIO S.P.A  | 10                 |
| CASA DI CURA SANT'ANNA S.r.l.           | 1                  |
| CASA DI CURA VILLA ELENA S.R.L.         | 17                 |
| KINETIKA SARDEGNA S.r.l.                | 43                 |
| LABOR S.P.A. POLICLINICO SASSARESE      | 10                 |
| MATER OLBIA S.p.a.                      | 16                 |
| NUOVA CASA DI CURA S.r.l.               | 9                  |
| SANT'ANTONIO S.p.a.                     | 12                 |
| 56-Recupero e riabilitazione funzionale | 215                |
| CASA DI CURA MADONNA DEL RIMEDIO S.P.A  | 16                 |
| CASA DI CURA SANT'ANNA S.r.l.           | 9                  |
| CASA DI CURA VILLA ELENA S.R.L.         | 13                 |



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

|  |     |
|--|-----|
| CLINICA TOMMASINI S.R.L.                   | 10  |
| KINETIKA SARDEGNA S.r.l.                   | 70  |
| LABOR S.P.A. POLICLINICO SASSARESE         | 20  |
| MATER OLBIA S.p.a.                         | 48  |
| NUOVA CASA DI CURA S.r.l.                  | 10  |
| SANT'ANTONIO S.p.a.                        | 19  |
| 56-Recupero e riabilitazione funzionale-DH | 4   |
| CLINICA TOMMASINI S.R.L.                   | 4   |
| 58-Gastroenterologia                       | 12  |
| MATER OLBIA S.p.a.                         | 10  |
| SANT'ANTONIO S.p.a.                        | 2   |
| 60-Lungodegenti                            | 107 |
| CASA DI CURA MADONNA DEL RIMEDIO S.P.A     | 4   |
| CASA DI CURA SANT'ANNA S.r.l.              | 8   |
| CLINICA TOMMASINI S.R.L.                   | 20  |
| KINETIKA SARDEGNA S.r.l.                   | 54  |
| LABOR S.P.A. POLICLINICO SASSARESE         | 5   |
| SANT'ANTONIO S.p.a.                        | 16  |
| 9-Chirurgia generale                       | 105 |
| CASA DI CURA MADONNA DEL RIMEDIO S.P.A     | 16  |
| CASA DI CURA SANT'ANNA S.r.l.              | 3   |
| CASA DI CURA VILLA ELENA S.R.L.            | 10  |
| KINETIKA SARDEGNA S.r.l.                   | 11  |
| LABOR S.P.A. POLICLINICO SASSARESE         | 13  |
| MATER OLBIA S.p.a.                         | 28  |
| NUOVA CASA DI CURA S.r.l.                  | 18  |
| SANT'ANTONIO S.p.a.                        | 6   |
| Totale complessivo                         | 686 |